

Sesión VII

Comunicaciones

Breves

7-1

EMPLEO DE SISTEMAS DE CIERRE ASISTIDO POR VACÍO (VAC) PARA EL TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES ESTERNALES GRAVES TRAS CIRUGÍA CARDÍACA

E. Monguió, E. Castedo, R.A. Cabo, E. Lalinde, T. Segovia, S. Serrano-Fiz, C.G. Montero, R. Burgos, G. Téllez, J. Ugarte
Hospital Universitario Clínica Puerta de Hierro. Madrid

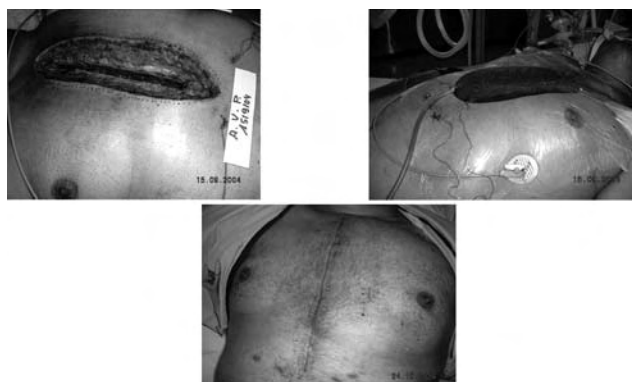
Objetivo: Evaluar la efectividad de los sistemas de cierre asistido por vacío (VAC) en el tratamiento de las dehiscencias esternales graves y mediastinitis tras cirugía cardíaca.

Material y métodos: Desde septiembre de 2004 hasta diciembre de 2005 hemos utilizado un sistema de cierre asistido por vacío (VAC, KCI Inc., San Antonio, EE.UU.) como tratamiento de primera elección en mediastinitis postesternotomía (6 pacientes) y dehiscencias esternales estériles (4 pacientes). La media de edad de los pacientes fue 65,2 años. La cirugía previa fue reemplazo valvular en 6 casos (60%), sustitución de aorta ascendente en 2 casos (20%), revascularización coronaria con CEC en uno (10%) y trasplante cardíaco en uno (10%).

Resultados: El diagnóstico de la complicación esternal se hizo entre 8 y 240 días (mediana 27 días) tras la cirugía. La duración media del tratamiento con el sistema VAC fue de 7,7 días (rango 2-16 días), realizándose las curas cada 3 días en todos los pacientes. No hubo mortalidad hospitalaria ni durante el seguimiento, que fue completo en todos los pacientes. No hubo reinfección alguna en los casos de mediastinitis. El sistema VAC se empleó como puente hacia un cierre diferido con plastia de músculo pectoral izquierdo invertido en 5 casos

(50%), plastia de ambos pectorales en 1 caso (10%) y cierre directo en el resto (40%). Dos pacientes (20%) requirieron reintervención por sangrado del lecho del injerto muscular.

Conclusiones: La efectividad clínica demostrada, además de la comodidad experimentada con su uso, hacen del sistema de cierre asistido por vacío (VAC) una alternativa interesante para el tratamiento de las complicaciones esternales graves tras cirugía cardíaca.



7-2

EL DOBLE ANILLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA MITRAL ISQUÉMICA. ESTUDIO EXPERIMENTAL

J. López Menéndez, J. Solís Martín, P. Weber, E. Flecher, G. Cuerpo Caballero, H. Rodríguez-Abella, A. González Pinto, C.G. Durán

Internacional Heart Institute of Montana. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

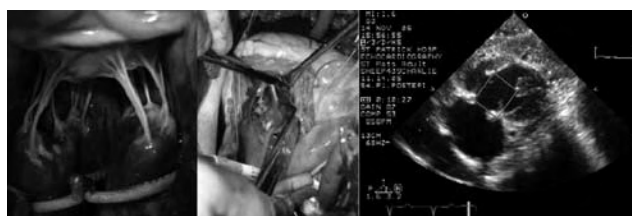
Objetivo: La anuloplastia reductora en la insuficiencia mitral isquémica (IMI) no siempre es eficaz para la restauración de la competencia mitral a causa del componente subvalvular implicado en su etiopatogenia. Nuestro centro ha desarrollado un modelo experimental aceptado de IMI mediante embolización alcohólica, y previo al implante de un dispositivo dirigido al abordaje anular e infraanular (doble anillo) sobre dicho modelo, se realizó en cuatro ovejas el implante del dispositivo para descartar la aparición de trombosis, endocarditis, dehiscencia, necrosis de músculos papilares y restricción diastólica del VI.

Material y métodos: En 4 ovejas se realizó anuloplastia mitral con anillo de Duran, seguida de otro anillo a nivel ventricular con el objetivo de mantener la geometría del aparato subvalvular. Se realizó seguimiento clínico y ecocardiográfico semanal. Tras 2 meses fueron sacrificadas y el corazón extraído para estudio macroscópico e histológico.

Resultados: Una oveja falleció en el postoperatorio inmediato a causa de atelectasia masiva del pulmón izquierdo. Las

tres restantes fueron seguidas durante el período completo de estudio. Ninguna de ellas presentó IM o EM. El seguimiento ecocardiográfico reveló constricción del VI a nivel de la implantación del anillo subvalvular, sin datos de restricción diastólica. Ninguna oveja presentó fiebre o imágenes ecográficas de endocarditis/trombosis del anillo ventricular. El estudio anatomopatológico demostró epitelización de ambos anillos, libres de trombos o vegetaciones, así como ausencia de necrosis, retracción o fibrosis de los músculos papilares.

Conclusión: La técnica del doble anillo resulta segura para su aplicación en el modelo experimental de IMI.



7-3

REVASCULARIZACIÓN MIOCÁRDICA *OFF PUMP* EN PACIENTE DESPIERTO. REPORTE DE TRES CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J.D. Espinoza Hernández, C.M. Salas Ríos, V. Fuentes Puga, M. Ochoa Arboleda, L.E. Casillas Covarrubias, E.J. Orozco Hernández
Unidad Médica de Alta Especialidad en Cardiología # 34. Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey. Nuevo León. México

Objetivo: Revisar estudios publicados y reportar los primeros casos realizados en un centro cardiológico público.

Pacientes y métodos: Comunicamos los primeros 3 casos de cirugía de revascularización miocárdica sin circulación extracorpórea (*off pump*) ni anestesia general, mediante bloqueo epidural. Caso 1. Varón de 58 años de edad, tabaquismo, enfermedad obstructiva crónica, dislipidemia, diabetes *mellitus* tipo 2; hipertensión arterial sistémica. Previamente, *stent* simple a la arteria descendente anterior (DA). Reingresa con angina; estenosis del *stent* y lesión de la coronaria derecha y marginal obtusa, FEVI de 45%. Revascularización de tres hemoductos. Caso 2. Varón de 44 años de edad, ni diabético ni hipertenso; tabaquismo crónico, EPOC; cateterismo, lesión larga de la DA con una FEVI de 50%; revascularización de la arteria DA con injerto de arteria mamaria interna izquierda (AMIi). Caso 3. Masculino 55 años, hipertensión arterial sis-

témica; EPOC, tabaquismo, angina estable. La angiografía demuestra lesión ostial en la DA con FEVI de 45%. Cirugía, revascularizando la DA con AMIi.

Resultados: Ninguno ameritó ventilación mecánica o anestesia general. Un caso, neumotórax incidental transoperatorio, sonda de pleurostomía y pleurorrafia con polipropileno 4-0; otro ameritó de nitroglicerina en las primeras 24 h por hipertensión arterial sistémica. Sólo uno con mascarilla laríngea por fatiga durante el cierre esternal. No opiáceos. Se mantuvo analgesia por catéter epidural en las primeras horas de postoperatorio. El tiempo promedio de terapia intensiva fue de 36 h (24 a 48). Sólo ameritaron analgésico no esteroideo.

Conclusión: La cirugía de revascularización miocárdica *off pump* sin anestesia general y con bloqueo torácico epidural disminuye la morbilidad postoperatoria y la estancia hospitalaria.

7-4

STENT CAROTÍDEO PREOPERATORIO EN CIRUGÍA CARDÍACA

M.^aL. Cámara, J. Muchart, J.M.^a Michavila, L. Delgado, M.A. Castro, M. Fernández, B. Romero, J. Orrit y X. Ruyra
Hospital Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona

Objetivo: Determinar la utilidad del cribaje de enfermedad carotídea y resultados de la posterior actuación percutánea antes de la cirugía cardíaca.

Material y métodos: Desde mayo de 2002 se ha realizado un cribado para diagnosticar enfermedad carotídea en pacientes que cumplían al menos uno de los siguientes criterios: tronco común (TC), accidente cerebrovascular (ACV) previo, vasculopatía periférica o soplos carotídeos. Hemos intervenido 1.986 pacientes, realizando Doppler de troncos supraórticos en 186 (9,3%). Se realizaron 68 estudios angiográficos y se implantaron uno o varios *stents* en 51 pacientes que posteriormente fueron operados.

Resultados: La vasculopatía periférica fue el factor preoperatorio más frecuentes (74,5%), ACV (11,7%) y TC

en 21%. El tipo de cirugía fue coronaria en el 78,4% y combinada con cirugía valvular en el 21,5%. El Euroscore fue de 6,8 (logístico 10,8%). Un paciente sufrió un ACV grave y no se intervino. No hubo complicaciones hemodinámicas ni cardíacas. En los pacientes operados hubo un ACV transitorio en el lado contralateral al *stent* implantado, en un paciente sin CEC. No hubo mortalidad en la serie.

Conclusiones: La realización de un cribado preoperatorio de enfermedad carotídea es útil para discriminar pacientes con estenosis graves. La implantación de un *stent* carotídeo es una terapéutica efectiva para manejar pacientes de alto riesgo que deban operarse en plazos cortos.

7-5

AUTOCEBADO DEL CIRCUITO DE CEC: UNA TÉCNICA SIMPLE Y EFICAZ PARA DISMINUIR EL CONSUMO DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS EN CIRUGÍA CARDÍACA

V.R. Gómez, P. Llamas, J. Ventura, A. Hurlé, J. Meseguer, J. Gómez-Plana, J.M. Parra, J. Sánchez, A. Carral, J.P. Torres, V. Villalonga, E. Sánchez Bermejo

Hospital General Universitario. Alicante

Objetivos: Disminuir el consumo de sangre en los pacientes de cirugía cardíaca intervenidos con CEC.

Métodos: Desde 2001 aplicamos unas técnicas consistentes en: a) cebado del circuito de CEC con sangre del propio paciente; b) reducir la longitud de los tubos de CEC para disminuir el volumen de cebado; c) reinfusión de la sangre del circuito tras la CEC.

Presentamos dos estudios: a) comparativo entre los pacientes de 1999 (273) intervenidos con técnicas estándar de CEC y los primeros 273 de 2.003 intervenidos con técnica de autocebado. Se compara el porcentaje de pacientes sin transfusión, el consumo de sangre y derivados y el hematócrito mínimo en CEC; b) se presenta el consumo de sangre durante los años 2004-2005.

Resultados: a) En 2003 el consumo disminuyó un 53,43% en el número de concentrados de hematíes, un 60,96% en las unidades de plasma y 54,96% en las unidades de plaquetas con respecto a 1999; $p < 0,05$; c) en 2003 no se transfundió sangre, plasma o plaquetas al 56,41, 63,36 y 74,72% frente al 20,14, 24,54 y 31,13% en 1999; $p > 0,05$; c) aumento de las cifras mínimas de hematócrito en CEC (27% en 2003 y 22% en 1999); d) en 2004-2005 el 63,7% de los pacientes no se transfundieron; e) los factores de riesgo fueron: sexo femenino, hematócrito previo $< 25\%$, CEC > 120 min, cirugía no coronaria y cirugía no programada.

Conclusiones: El autocebado del circuito de CEC con sangre del paciente es una técnica sencilla, económica y muy eficaz para disminuir significativamente el consumo de sangre y derivados.

7-6

ARTERIA RADIAL VERSUS A VENA SAFENA. ¿INJERTOS COMPARABLES EN SEGURIDAD Y EFICACIA?

R. García Fuster, J.A. Buendía, I. Rodríguez, V. Estévez, S. Cánovas, O. Gil, F. Hornero, J. Martínez León

Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital General Universitario. Valencia

Objetivo: El empleo de la arteria radial como injerto complementario a la mamaria izquierda (LIMA) ha experimentado un crecimiento notable debido a su rápida extracción, fácil manejo y aparente seguridad. Resultados contradictorios han planteado dudas acerca de su beneficio real. Analizamos nuestra experiencia en un estudio comparativo con la vena safena.

Material y métodos: De un total de 1.130 pacientes intervenidos con LIMA a la DA se han obtenido dos grupos comparables de 322 pacientes cada uno mediante emparejamiento múltiple (*case-match*). Un grupo convencional, con sólo safeñas y un grupo radial, con ≥ 1 injerto radial. Mediante regresión logística se obtuvo un *propensity score* para empleo radial. El emparejamiento paciente-paciente se realizó para un *score* idéntico de 5 dígitos o para coincidencias sucesivas de 4, 3, 2 o 1 dígitos si fue necesario.

Resultados: Emparejamiento correcto con características demográficas, comorbilidad, enfermedad coronaria y datos quirúrgicos idénticos en ambos grupos. El 30% de los pacientes con edad > 70 años. Morbilidad general similar. Mortalidad hospitalaria menor en el grupo radial: 1,9 frente a 3,8% ($p = 0,13$), pese a una mortalidad esperada idéntica (Euroscore: 4,1%). El principal predictor independiente de mortalidad fue IRC (OR: 6,6; $p = 0,002$). La radial tuvo un efecto protector (beta: $-0,8$; OR: 0,4; $p = 0,12$). Ninguna oclusión radial frente a 13 safeñas ocluidas en 30 pacientes reestudiados (1-56 meses).

Conclusión: El empleo de la arteria radial como segundo injerto en pacientes con LIMA a DA ha permitido disminuir la mortalidad sin aumentar la complejidad y morbilidad quirúrgicas. La radial ha mostrado una permeabilidad excelente en los pacientes reestudiados.

7-7

PREVALENCIA Y PREDICTORES DE ESTENOSIS CAROTÍDEA EN PACIENTES QUE VAN A SOMETERSE A CIRUGÍA DE REVASCULARIZACIÓN CORONARIA

J.A. Margarit¹, M.A. Arnau², J.I. Tembl³, M. Pérez¹, A. Castelló¹, D. Mata¹, F. Serrano¹, F.J. Valera¹, A. Montero¹
Servicios de ¹Cirugía Cardiovascular, ²Cardiología y ³Neurología. Hospital Universitario La Fe. Valencia

Objetivo: Dado que la presencia de estenosis carotídea (EC) puede tener importantes connotaciones en pacientes quirúrgicos, intentamos definir la magnitud de la misma y analizar posibles factores relacionados.

Material y métodos: Serie consecutiva y prospectiva de pacientes con indicación de cirugía de revascularización coronaria. Se realiza Doppler cervical y ante estenosis significativas angiorensonancia y/o angiografía. Se presentan estadísticos descriptivos de EC y se analiza su relación con factores de riesgo, tipo de cardiopatía y lesiones coronarias. Análisis estadístico: univariante, OR (IC 95%) e inclusión en un modelo multivariado de regresión logística (por pasos) de las variables analizadas.

Resultados: Se estudia a 212 pacientes desde junio de 2001, edad media = 66 años, 168 hombres y 44 mujeres. Doppler carotídeo: normales = 72%, estenosis 30-50% = 14%, estenosis > 50% = 14%. En el análisis univariante ni la edad, sexo, tipo de cardiopatía o lesiones en la coronariografía se relacionan con EC; las variables relacionadas fueron la hipertensión ($p = 0,001$) y arteriopatía periférica ($p < 0,0001$), que mantuvieron su significación en el modelo multivariado.

Conclusiones: En nuestra serie se presenta EC en 15% de pacientes y los mejores predictores son la presencia de HTA y la claudicación intermitente.

7-8

EXPERIENCIA DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN LA AORTA TORACOABDOMINAL Y ARCO AÓRTICO

M. Pérez, H. Montes, A. Castelló, D. Mata, F.J. Valera, F. Serrano, J.A. Margarit, S. Torregrosa, J.A. Montero
Hospital Universitario La Fe. Valencia

Objetivo: El tratamiento endovascular de la patología aórtica está obteniendo resultados prometedores, sobre todo en pacientes de alto riesgo. El objetivo es presentar nuestra serie de los últimos 5 años.

Material y métodos: Desde enero de 2001 hasta diciembre de 2005, hemos realizado, conjuntamente con el servicio de radiología intervencionista, un total de 50 tratamientos endovasculares (48 hombres). La edad media fue de 72 años (rango 57-87 años). El ASA medio fue de III-IV. Desglose según patología y localización: 41 aneurismas abdominales (3 fenestrados), 3 aneurismas torácicos, un aneurisma toracoabdominal, 2 disecciones tipo B en aorta torácica (uno de ellos complicado con rotura contenida) y 3 pacientes más (estenosis aórtica descendente,

gran úlcera de aorta descendente, pseudoaneurisma de aorta descendente).

Los pacientes fueron evaluados mediante examen clínico, TC al alta, al primer y al sexto mes, y el primer, segundo y tercer año.

Resultados: Sólo hubo una muerte, por fallo multiorgánico, y dos muertes tardías durante el seguimiento. En cuanto a la morbilidad: disección retrógrada en aorta ascendente, que requirió cirugía. En las pruebas de imagen al alta y al mes se objetivaron: 4 *perileaks* tipo I, 8 tipo II, y 2 tipo IV. El resto de pacientes se encuentran en una perfecta situación clínica.

Conclusión: Los resultados obtenidos, en pacientes de alto riesgo para cirugía convencional, nos animan a continuar su empleo.

7-9

CAUSAS DE DISFUNCIÓN VENTRICULAR IZQUIERDA TRAS LA REPARACIÓN ANATÓMICA DE LA TRANSPOSICIÓN CORREGIDA DE GRANDES ARTERIAS

V. Bautista-Hernández^{1,2}, G.R. Marx¹, K. Gauvreau¹, J.E. Mayer Jr¹, F. Cecchin¹, P.J. del Nido¹

Departamentos de Cirugía Cardiovascular. ¹Children's Hospital Boston. ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Objetivo: Diferentes grupos han publicado excelentes resultados tras la reparación anatómica (doble *switch*) de la transposición corregida de grandes arterias con respecto a la función del ventrículo derecho y de la válvula tricúspide. Sin embargo, se desconoce la capacidad del ventrículo izquierdo para soportar la circulación sistémica a medio y largo plazo. El objetivo de este estudio es determinar las posibles causas de disfunción ventricular izquierda en este complicado grupo de pacientes.

Material y métodos: Desde 1992, 44 pacientes con transposición corregida de grandes arterias recibieron una reparación anatómica. Se revisaron las ecocardiografías y los electrocardiogramas preoperatorios y más recientes y se determinó la función del ventrículo izquierdo, así como las alteraciones electrofisiológicas.

Resultados: La mortalidad intrahospitalaria fue del 4,5 % (n = 2). Un paciente murió tardíamente de leucemia. El seguimiento medio fue de 3,0 años. Doce pacientes necesitaron un marcapasos definitivo. Cuatro pacientes desarrollaron disfunción ventricular izquierda moderada o grave que se asoció con el implante de un marcapasos (p = 0,005) y con la existencia de un QRS > 20% sobre el percentil 98 ajustado por edad (p = 0,036).

Conclusiones: La reparación anatómica de la transposición corregida de grandes arterias se puede realizar con baja mortalidad. Sin embargo, la disfunción ventricular izquierda no es rara, siendo más frecuente en los pacientes portadores de marcapasos y con QRS ancho en el electrocardiograma. La resincronización cardíaca podría mejorar la disfunción ventricular izquierda en los pacientes con marcapasos.

7-10

¿ES CIERTO QUE SER MUJER ELEVA EL RIESGO EN LA CIRUGÍA CORONARIA?

R. Álvarez, E. Castedo, E. Monguió, R. Burgos, S. Serrano, C. Montero, G. Téllez, J. Ugarte

Clínica Puerta de Hierro. Madrid

El sexo femenino es considerado un factor de riesgo en determinados procedimientos quirúrgicos. Uno de ellos es la cirugía coronaria, donde el sexo femenino puntúa en todas las escalas de riesgo quirúrgico.

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en mujeres sometidas a cirugía coronaria con circulación extracorpórea (CEC).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 590 pacientes intervenidos en nuestro centro en los que se realizó cirugía coronaria con CEC entre los años 2000 y 2005. Consideramos dos grupos: A (hombres) (n = 480), y B (mujeres) (n = 110). Presentaban como características (Tabla I):

El número de puentes/paciente (2,45 frente a 2,26), tiempo de isquemia (52 ± 20 frente a 57 ± 22) y tiempo de CEC (71 ± 24 frente a 75 ± 26) es similar en ambos grupos.

Resultados: Encontramos las siguientes diferencias (Tabla II):

No se encontraron diferencias significativas en complicaciones como infartos de miocardio, necesidad de balón de contrapulsación o hemorragia posquirúrgica.

La supervivencia actuarial a 1 año y a 5 años no fue significativamente diferente (Tabla III).

Conclusiones: a) La mortalidad precoz es mayor en mujeres, sin ser significativa; b) las mujeres permanecen más tiempo en el hospital; c) ser mujer y operarse de coronarias no conlleva más complicaciones que los hombres.

TABLA I

	Hombres	Mujeres	p
Edad media	64 ± 9,5	68 ± 10,2	No significativa
Parsonnet	9,1 ± 5,3	15,3 ± 6,1	< 0,05
Euroscore	2,9 ± 1,8	6 ± 3,1	< 0,05

TABLA II

	Hombres	Mujeres	p
Exitus (precoz)	11 (2,3%)	6 (5,5%)	0,08
Días UCI	2,9 ± 1,5	3,9 ± 1,7	< 0,05
Días hospital	9,1 ± 2	10,9 ± 3	< 0,05
Extubación > 8 h	72 (15%)	24 (21,8%)	0,08

TABLA III

	Supervivencia a 1 año	Supervivencia a 5 años
Hombres	96%	87%
Mujeres	92%	81%

7-11

REMODELACIÓN DE VENTRÍCULO IZQUIERDO EN EL TRATAMIENTO DE LOS ANEURISMAS VENTRICULARES CON TÉCNICA DE LA SOLAPA ENDOCÁRDICA: NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

M.A. Gómez Vidal, T. Daroca Martínez, A. Jiménez Moreno
Hospital Universitario Puerta de Mar. Cádiz

Objetivo: Evaluar los aneurismas de ventrículo izquierdo (VI) intervenidos con la endoventriculoplastia con exclusión septal (técnica de la solapa endocárdica).

Material y métodos: Entre el año 2000 y 2005 se han intervenido 10 casos de aneurisma de VI: edad media, 68 años; 9 varones y 1 mujer; FE media de 35%. La indicación quirúrgica: angor: 2, ICC: 7; arritmias malignas: 1. En 6 casos se asoció revascularización miocárdica y en un caso ablación endocárdica con microondas.

En todos se utilizó la misma técnica quirúrgica, remodelación del VI con una solapa del propio endocardio fibrótico a modo de parche, sin ser separado en su totalidad a nivel septal del endocardio colindante; en 7 casos se asoció una

anuloplastia en la zona transicional. Control postoperatorio de FE con ventriculografía isotópica y cateterismo en 3 casos. Seguimiento anual ecocardiográfico.

Resultados: No ha habido fallecimientos en esta serie, la FE ha aumentado un 25% de media, y todos están libres de angina o arritmias, con una clase funcional I (80%) y CF II (20%). Como complicación postoperatoria un caso de reintervención por sangrado y otro de fallo cardíaco inmediato que precisó 7 días en UCI.

Conclusiones: La remodelación VI con la técnica de la solapa endocárdica en los aneurismas ventriculares es una técnica sencilla que no utiliza materiales protésicos, mantiene la geometría ventricular y con unos resultados excelentes.

7-12

¿ES LA REPARACIÓN VALVULAR MITRAL SEGURA? RESULTADOS A CORTO Y MEDIO PLAZO

V. Estévez, S. Cánovas, O. Gil, F. Hornero, R. García, M. Bueno, J. Buendía, I. Rodríguez, R. Payá, J. Martínez
Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

Objetivos: La cirugía de reparación mitral en pacientes seleccionados ha demostrado a corto y medio plazo resultados óptimos. Analicemos nuestra muestra.

Métodos: Entre julio del 1995 y enero del 2005 se realizó un total de 131 plastias mitrales en pacientes con insuficiencia mitral (IM) moderada o grave. La división de sexos fue de 62% hombres y 39% mujeres, con edades entre 16 y 84 años (media $61,5 \pm 12,8$ años). Las etiologías fueron: mixomatosa, 49%; reumática, 21,7%; isquémica, 17,9%; endocarditis, 7,5%, y congénita, 2,8%. El 29,8% eran hipertensos, 1,5% DM tipo I, 12,2% DM tipo II, 20,6% dislipémicos y 30,5% fumadores. El 13% estaban en FA paroxística y 21,4% en FA crónica. El Tuman medio fue $5,2 \pm 3\%$ con rango entre 1-19% y Euroscore medio $5,4 \pm 3,4\%$ con rango entre 0-16%. La fracción de eyección preoperatoria media fue $47,6 \pm 13,6\%$

(25-70%). A un 22% se les realizó un recambio valvular múltiple y a un 25,2% se asoció *bypass* coronario.

En cuanto a la técnica quirúrgica se realizó en el prolapso de velo posterior cuadrantectomía más anuloplastia (37,4%), en prolapso de velo anterior transposiciones de cuerdas más neocuerdas de goretex (8,6%), en válvulas isquémicas anuloplastia (33%) y plastia de Alfieri (3,5%).

Resultados: La mortalidad operatoria fue de 3,1%. El seguimiento medio fue de 26 ± 23 meses (0,2-115,87), durante el cual hubo 13,8% fallecidos. El resto de la serie presenta NYHA I 52,6%, II 34%, III 11,3% y IV 2,1%. Durante el seguimiento se encontró IM moderada en el 12% y grave en el 2% en el ecocardiograma transtorácico.

Conclusiones: La reparación de la válvula mitral se puede realizar con unos resultados satisfactorios a corto y medio plazo.